1869
Lane Medical Library

Indicationen und Gefahren der künstlichen Lösung und Entfernung der Placenta.

(Mit statistischen Beiträgen.)

Geburtshülfliche Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

18. December 1869 — Vormittags 11½ Uhr

von

Richard Stobbe

aus Rogallicken in Ostpreussen

gegen

Joh. Eisfeld, Dr. med.
Theod. Weitz, Dr. med.

Halle,
Druck von Wilhelm Plötz.

Lane Medical Library

Seinem lieben

Herrn Dr. Albert Schmidt,

praktischen Arzte in Lyck,

in aufrichtiger Freundschaft und Hochachtung

gewidmet

vom Verfasser.

So lange wir die Geschichte der Geburtshülfe verfolgen können, sehen wir, dass bis in die älteste Zeit hinein die Geburtshelfer stets ein grosses Interesse für die Nachgeburtsperiode an den Tag gelegt haben, wesshalb es mir gestattet sei, einen kurzen, historischen Ueberblick über die verschiedenen Ansichten in obiger Frage zu geben, wie sie im Laufe der Jahrhunderte geschwankt haben und modificirt worden sind.

Es kann uns natürlich nicht wundern, dass in einer Zeit, wo die Geburtshülfe sich gleichsam noch in ihrer Kindheit befand und die Begriffe über die Physiologie der Geburt noch ziemlich dunkel waren, auch ganz sonderbare Ansichten hervortraten und dem auch die von den Aerzten angewendeten Hülfeleistungen entsprachen. Abgesehen von der alten hypokratischen Lehre das Kind auf keinen Fall eher abzunabeln, bis die Placenta gefolgt war, die übrigens sich theilweise noch bis in das 16. Jahrhundert erhielt, wo noch Roderikus de Castro, Arzt in Hamburg, sich darüber beschwerte, dass die Holländischen und Deutschen Hebammen die Nabelschnur bald nach der Geburt unterbanden, bestand noch bis in das 2. Jahrhundert der ebenfalls von Hypokrates eingeführte Usus, dass bei etwaigen Zögerungen der Nachgeburt die Schwere des Kindes benutzt wurde um durch Hängen an der Nabelschnur das Herabtreten der Placenta zu befördern. War dieselbe zufällig schon vorher durchschnitten, oder wie es bei dergleichen Machinationen wohl passiren konnte, abgerissen, so wurde an Stelle des

Kindes ein Gewicht zu demselben Zwecke befestigt. Ebenso roh und orginell war auch der von Hypokrates gegebene Rath durch Niesemittel, oder Prellen der Kreisenden auf dem Bettlaken die Placenta gleichsam heraus zu schütteln. Erst Phylumenus im 2. Jahrhundert warnt vor einem gewaltsamen Anziehen der Nabelschnur, da er oft Vorfall der Gebärmutter davon beobachtet haben will und ist der erste, der räth mit der erwärmten, wohlbeölten Hand in den Uterus einzugehen und die Placenta sobald sie schon gelöst sei, oder sich leicht lösen lasse, zu entfernen; indessen sie darin zu lassen, so wie sie noch am Fundus verwachsen sei, da sie dann in wenigen Tagen in Fäulniss übergegangen von selbst herausfalle. Die Araber huldigten ebenfalls diesen Ansichten, ebenso wurde in der nacharabischen Zeit bis zum Ende des 15. Jahrhunderts nichts Neues in der Geburtshülfe, wie überhaupt in der ganzen Medicin, producirt; höchstens wäre der Curiosität wegen zu erwähnen, dass von einer Seite Räuchern mit Pferdehufen und Katzenkoth als gutes Mittel zur Beförderung der Nachgeburt angerathen wurde. Nirgends finden wir aber eine Andeutung in der Literatur dieser Zeit, ob die zurückgebliebene und in Fäulniss übergegangene Placenta einen schädlichen Einfluss auf die Wöchnerin ausgeübt habe. Erst bei Eucharius Rösslin im 16. Jahrhundert lesen wir, dass er von dem Zurückbleiben perniciöse Zufälle, an denen die Frauen gestorben seien, beobachtet habe und er räth daher sofort nach der Geburt des Kindes einzugehen und die Placenta herauszuholen, indessen nur in dem Falle, wenn die Operation keine Schwierigkeiten machte, im entgegengesetzten Falle sollte dieses Geschäft dennoch der Natur überlassen werden, da er von einer gewaltsamen Lösung des Mutterkuchens die übelsten Folgen fürchtet. Es ist nun nicht zu verwundern, dass, als man aufmerksam wurde auf die Gefahren, welche eine retentio placentae mit sich führen konnte, in der darauf folgenden Zeit

sich die Ansicht geltend machte, die Natur auf alle Weise zu unterstützen und so sehen wir, dass vom 16. bis zum Ende des 17. Jahrhunderts fast sämmtliche bedeutendere Geburtshelfer die Maxime befolgten, die Nachgeburt sofort nach der Geburt des Kindes unter allen Umständen zu holen, nud ging Rodericus de Castro so weit, dieses noch vor der Abnabelung des Kindes zu vollbringen. Namentlich waren es Mauriceau und Peu in Frankreich und der berühmte Dewenter im Haag, welche mit aller Energie diese Lehre vertheidigten, und sagt letzterer unter andern, es sei am besten und geschicktesten, dass man sich mit dem Herausziehen gar keine Mühe mache und nur ungesäumt, sobald das Kind geboren, die Hand in die Mutter bringe. Es konnte natürlich nicht fehlen, dass gegen solche extreme Ansichten ein vollständiger Rückschlag eintreten musste. Bald trat auch zu Anfang des 18. Jahrhunderts eine Partei auf, welche gestützt auf die alte Erfahrung, dass eine eilige und oft roh ausgeführte Wegnahme der Nachgeburt die unglücklichsten Ausgänge für die Mutter herbeigeführt, dagegen andererseits bei ruhigem Abwarten die Natur selber die zögernde Nachgeburt doch schliesslich allein zu Tage gefördert, sich entschieden gegen jene Theorien erklärten und der sogenannten aktiven Methode ein passives Verfahren entgegenstellten. Die hauptsächlichsten Begründer dieses Letzteren waren der Holländer Ryysch, der Schweizer Aepli und der deutsche Professor Weissenborn in Erfurt. Diesen und ihren Schülern gelang es auch nach vielen Streitigkeiten am Ende des 18. Jahrhunderts einen vollständigen Sieg über die Vertheidiger der aktiven Methode zu erringen; besonders war es der hochverdiente Hamburger Geburtshelfer Wigand der mit ausserordentlichem Scharfsinn, ja man könnte sagen Spitzfindigkeit dem expectativen Verfahren das Wort redete und für das Lösen der Placenta nur eine einzige Indication, nämlich gewisse lebensgefährliche Blutungen auf-

gestellt, sonst aber unter allen Umständen das Nachgeburtsgeschäft für die Naturkräfte reservirt wissen wollte. Allein auch diese Richtung, die in das andere Extrem verfiel, hielt sich nicht all zu lange. In unserem Jahrhundert, wo man sich bemühte vorurtheilsfrei die Ansichten und Erfahrungen der älteren Aerzte zu betrachten und vorurtheilsfrei die Gegensätze aneinander zu halten, da fing man auch an einzusehen, dass die Wahrheit doch mehr in der Mitte zwischen jenen extremen beiden Auffassungen läge; man bestrebte sich zwischen der voreiligen Kunsthülfe und dem allzugrossen Vertrauen auf die Naturkräfte die goldene Mittelstrasse zu finden, und man suchte schliesslich die physiologischen Wege genau zu erforschen, auf welchen die Natur das ganze Geburtsgeschäft zu einem glücklichen Ende zu bringen trachtete und darauf hin das Verfahren der helfenden Kunst zu begründen. So geschah es, dass allmählich auch die Wigandsche Richtung ihre Anhänger verlor, dass man ausser lebensgefährlichen Blutungen noch andre Indicationen zur Lösung und Entfernung des Mutterkuchens aufstellte und obwohl man auch noch heute darüber zu keinem vollständigen Uebereinkommen gelangt ist, so kann man doch behaupten, dass ein solcher Gegensatz zwischen Vertheidigern der activen und passiven Methode, wie er früher bestand, heute nicht zu finden ist. Man kann vielleicht noch zwei Parteien unterscheiden, von denen die eine mehr der Kunst und einem schnellen Eingreifen derselben, die andere mehr der Naturhülfe huldigt; allein wie gesagt, so schroff stehen sich die Ansichten nicht mehr gegenüber und es lässt sich hoffen, dass vielleicht bald eine Einigung in dieser hochwichtigen Frage erzielt wird.

Was die Art und Weise anlangt, wie man das Hervortreten der Nachgeburt zu befördern suchte, so bestand diese theils in der Verabfolgung innerlicher Mittel, theils in gewissen Handgriffen. Die ersteren, wie Borax und Se-

cale cornutum, die natürlich eine stärkere Zusammenziehung des Uterus bezwecken sollten und namentlich von Anhängern des sogenannten passiven Verfahrens angewandt wurden, übergehe ich ganz, ebenso erwähne ich ganz kurz den Rath, vermittelst häufiges Anlegen des Kindes durch Erregung der Reflexthätigkeit Contractionen der Gebärmutter zu erzeugen, da sie wohl in manchen Fällen ganz wirksam gewesen sein mögen, indessen doch bedeutend dem manuellen Verfahren an Wirksamkeit nachstehen. Dieses bestand bis in die neueste Zeit bei normalen Fällen in folgendem:

Man suchte durch Frictionen des Uterus denselben zu gehörigen Contractionen anzuregen und sobald man aus seiner Verkleinerung schliessen konnte, dass er die Placenta ausgestossen, die Erfahrung aber lehrte, dass obige Contractionen in den meisten Fällen nur genügten den Mutterkuchen bis in die Vagina, oder bloss in den Cervix hinabzutreiben, so ging man mit zwei Fingern der entsprechenden Hand ein, indem man sich des Nabelstranges als Leiter bediente, bis man an seine Insertion gekommen war und drückte dann, indem man mit der andern Hand ihn etwas anzog, die Placenta nach hinten und unten in die Kreuzbeinaushöhlung, wodurch sie leicht zu Tage befördert wurde. Fand sich nun, dass die Placenta nicht gelöst war, traten verschiedene andere Complicationen hinzu, so dass man sich doch entschloss sie zu entfernen, so blieb nun nichts übrig als mit der ganzen Hand gleichfalls unter Leitung des Nabelstranges, der in der andern Hand gehalten wurde, in die Uterinhöhle einzudringen und vorsichtig zwischen Eihäute und Gebärmutterwand zu gelangen. Sobald man die Anheftungsstelle des Kuchens gefunden, verliess die andere Hand den Nabelstrang, und brachte man sie zur Unterstützung und Ueberwachung der drinnen operirenden von aussen an die Gebärmutter und versuchte dann mit der Ulnarseite den Kuchen vorsichtig loszuschälen. Fanden sich

sehr feste, strangförmige Adhäsionen, so sollten dieselben mit den Fingernägeln durchkniffen werden, im Falle dieses nicht gelang, so sollte man, wie allgemein gerathen wurde, lieber kleine Placentarreste zurücklassen, als durch gewaltsames Losreissen die Muskelsubstanz verletzen. Es werden noch von einzelnen Geburtshelfern verschiedene ganz genaue Regeln für diese Operation, namentlich, was die Lagerung der Kreisenden und die Wahl der Hand anlangt, gegeben. Einige empfehlen Seitenlage, andere wieder Rückenlage, Einführen der rechten Hand, wenn man an der rechten Seite des Kreisbettes, der linken, wenn man an der linken Seite desselben steht; ferner Knie-Ellenbogenlage, wenn man die Placenta an der vordern Wand wähnt. Ich glaube aber, diese so genauen Vorschriften sind unnöthig, man operirt wie es für die Kreisende am bequemsten ist, denn oft ist man trotz Befolgung aller Regeln genöthigt entweder während der Operation die Lage der Frau zu ändern, oder zuerst die eine und dann die andere Hand einzuführen um zum Ziele zu gelangen, da man selten durch äussere Untersuchung vorher den Sitz der Placenta bestimmen kann. Indessen ist der Rath nicht ganz zu verwerfen in Rückenlage lieber mit der linken Hand einzugehen, weil der Ansatz des Kuchens meist auf der rechten Seite sich vorfinde. Wenn man die verschiedenartigsten Anomalien der Nachgeburtsperiode kennt, so wird es sofort einleuchten, dass diese Operation in vielen Fällen mit bedeutenden Schwierigkeiten für den Geburtshelfer einerseits, aber mit bedenklichen Gefahren für die Kreisende anderseits verknüpft sein kann und so kam es, dass die Geburtshelfer, da sie keine andere sichere Methode zur Entfernung der Nachgeburt hatten, da von jener in der That die grössten Nachtheile öfters beobachtet wurden, sich so lange in die oben angegebenen Lager theilten. Zwar hatte Mojon in Genua 1826 empfohlen bei Nachgeburtzögerungen kaltes Wasser in die Nabelvene

zu injiciren und dann den Nabelstrang zu unterbinden. Allein so annehmbar der Vorschlag auf den ersten Blick scheint, und so viele schöne Erfolge man auch in der That wahrnahm, konnte er sich dennoch nicht eine allgemeine Anwendung und Anerkennung verschaffen, da er auch nur zu oft im Stiche liess. Die Wirkung dieses Verfahrens ist eine Doppelte: „Theils wird durch die Kälte das Contractions-Vermögen des Uterus angeregt, theils wird durch die Masse der injicirten Flüssigkeit das Volumen der Placenta vermehrt, und dürfte sich daher diese Methode am meisten bei Atonie des Uterus und sogenannter placenta membranacea bewähren.“ a. Eine viel bedeutsamere Wichtigkeit hat das im Jahre 1861 von Crédé zuerst in Anwendung gebrachte Verfahren, dass man schon jetzt für die Pathologie und Therapie der Placentarretention als Epoche machend bezeichnen kann, erlangt. Wie bekannt, besteht es in Folgendem:

Man sucht durch sanftes Reiben des Fundus die Contractionen anzuspornen und presst, sobald man fühlt, dass der Uterus eine feste, kugelige Gestalt angenommen, ihn mit den ihn umfassenden Fingern tüchtig zusammen, worauf in den meisten Fällen die Placenta vor die äusseren Genitalien geschnellt wird. Diese sogenannte expressio placentae verschaffte sich sofort bei allen deutschen Geburtshelfern eine beifällige Aufnahme, wurde binnen kurzem in fast sämmtlichen deutschen Kliniken eingeführt, und hat mit einigem Geschick — denn sie erfordert trotz ihrer Einfachheit eine gewisse Uebung — ausgeführt die besten Resultate geliefert. Es ist nun klar, dass dieser Eingriff ein viel ungefährlicherer ist, als der mittelst Encheirese die Placenta zu entfernen, zumal er sich vollständig auf physiologischem Boden bewegt und den Uterus in seinen Bestrebungen sich seiner Bürde zu entledigen nur unterstützt. Hätte man also hierin eine vollständig sichere Handhabe gegen alle Verzö-

gerungen der Nachgeburt gefunden, so glaube, ich, würden alle die heftigen Streite der früheren Jahrhunderte in nichts zusammengesunken sein, da schwerlich ein Geburtshelfer sich gescheut haben würde auf so einfache und gefahrlose Weise die ihm vorgekommenen Zögerungen dieser letzten Geburtsperiode zu beseitigen. Crédé selbst ist in der That auch dieser Ansicht, worin ihn wohl seine auffallend glücklichen Erfahrungen bestärkt haben mögen und spricht er unumwunden aus, dass sämmtliche Anomalien der Nachgeburt wie Blutungen, Incarcerationen, „sogenannte“ Verwachsungen aus dem Bereiche seiner Thätigkeit seit der Anwendung seines Handgriffes verschwunden seien.

Leider hat die Statistik anderer Kliniken diesen optimistischen Aussprüchen nicht beistimmen können, sondern es haben sich, trotzdem man mit allem Eifer den Crédéschen Handgriff zur Anwendung gezogen hat, doch viele Fälle gefunden, wo man seiner Erfolglosigkeit wegen von ihm Abstand nehmen und sich dem alten sichern Verfahren zuwenden musste. Auch in der hiesigen Halleschen Klinik und Poliklinik, wo ebenfalls seit längerer Zeit der Crédéschen Methode consequent gehuldigt wird, sind derartige Fälle verzeichnet und es sei mir daher erlaubt einen kleinen Beitrag zu liefern, wo trotz aller Vortrefflichkeit sie nicht immer ausgereicht hat, sondern schliesslich die Lösung mittelst Eingehen der Hand in den Uterus nothwendig wurde; ferner aber auch einige Beläge für die Gefährlichkeit der letzteren Operation beizubringen und dass es nicht ungerechtfertigt erscheint, wenn sie auch noch jetzt viele tüchtige Geburtshelfer nur im höchsten Nothfalle ausführen. Bemerken möchte ich hierbei, dass wenn ich in Folgendem von künstlicher Lösung spreche, stets die vermittelst Encheirese ausgeführte verstehe. Natürlich führe ich nur reife Geburten und von den früh- und vorzeitigen nur solche an, wo schon eine vollständige Ausbildung der Placenta statt-

gefunden und der Uterus die Ausdehnung erlangt hat, dass man mit der Hand überhaupt hineindringen kann, wesshalb ich als äusserste Grenze den 5. Monat angenommen habe. Die Aborte früherer Zeit habe ich vollständig unberücksichtigt gelassen, da ihre Behandlungsweise in der letzten Geburtsperiode doch eine etwas abweichende ist.

In den 5 Jahren 1864 bis 1868 sind in der hiesigen Klinik und Poliklinik unter 1102 Geburten 59 Placentalösungen nothwendig geworden. Hierbei stellte sich dasselbe Resultat heraus, worauf schon Spiegelberg aufmerksam gemacht hat, nämlich, dass in den geburtshülflichen Kliniken im Vergleich mit der Privatpraxis die künstlichen Placentalösungen bedeutend seltener sind und fand ich dem entsprechend unter 609 klinischen Geburten diese Operation 5 mal, unter 493 poliklinischen 53 mal ausgeführt. Spiegelberg zieht daraus den Schluss, dass die meisten Retentionen entweder durch versäumte, oder schlecht ausgeführte Kunsthülfe von Seiten der Hebammen verursacht würden. Diese ist indessen nur zum Theil richtig, denn die Personen die in den geburtshülflichen Kliniken Aufnahme finden, sind meistentheils kräftige, junge Frauenzimmer, welche entweder noch gar keine oder sehr wenige Geburten durchgemacht haben, während in der Privatpraxis und in der Poliklinik der Arzt fast nur zu fehlerhaften Geburten, wo auch erfahrungsmässig hinterdrein Nachgeburtsstörungen häufiger sind als bei normalen Geburten, zugezogen wird und dass da die Statistik anders ausfallen muss als in den Kliniken, versteht sich wohl von selbst. Indessen so ganz Unrecht hat Spiegelberg nicht, und ich werde auch noch später auf einige Fälle zurückkommen, wo entschieden durch fehlerhafte Hülfeleistungen Retentionen hervorgerufen wurden. Was das Alter anlangt, das besonders zu diesen Anomalien disponirt, so scheint keins davon frei zu sein. Ebenso findet man sie bei Mehr- und Erstgebärenden, bei ersteren

indessen viel häufiger, und bei letzteren scheint sich mit zunehmendem Alter auch die Disposition zu steigern. So waren unter den obigen 59 Fällen:

Primiparen	17
Multiparen	41
Unbestimmt	1
Summa	59.

Von den 17 Erstgebärenden waren alt:

unter	20	Jahre	1
zwischen	20—25	Jahre	4
„	26—30	„	6
„	31—40	„	4
„	41—50	„	1
unbestimmtes	Alter	bei	1
Summa	17.		

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen kehre ich zu meiner eigentlichen Aufgabe zurück. Wie ich schon oben erwähnt habe, hatte Wigand, einer der geistvollsten und consequentesten Anhänger des passiven Verfahrens, doch zugegeben, dass bei lebensgefährlichen Nachblutungen schliesslich doch nichts anders übrig bliebe, als mit der Hand in die Gebärmutter einzugehen, um theils durch Ausübung eines Reizes auf die innere Uterinfläche, theils durch Entfernung des Kuchens der Blutung Herr zu werden. Er empfahl daher [1]) bei vollständiger Atonie die ersten und stärksten Reibungen an der Stelle der Gebärmutterwand zu machen, von der sich die Placenta schon gelöst hätte, dann das gelöste Stück fest an die Gebärmutter anzudrücken und dieses noch dadurch zu unterstützen, dass man mit der andern freien Hand einen Gegendruck von aussen ausübte; worauf man schliesslich, sobald man den Uterus sich kräftig contrahiren fühlte, die Hand vorsichtig entfernen und das Weitere der Natur überlassen

[1]) Dr. Just. Wigand von den Ursachen und der Behandlung der Nachgeburtszögerungen. (Seite 51.)

sollte. Nur bei Blutungen mit Constriction des inneren Muttermundes will er auch die Placenta vorsichtig hinwegnehmen, da er in diesem einzigen Falle von ihrem weiteren Zurückbleiben anderweitige, schlimme Folgen fürchtet, und sie auch als den schuldigen Theil für die fehlerhafte Contraction ansieht. Trotz aller gewichtigen Gründe Wigands, unter andern: man dürfe eine von Blutverlust erschöpfte Frau durch eine so schmerzvolle Operation, wie es das Abschälen des Kuchens sei, nicht noch mehr martern, dass ferner eine neue Blutung, die für die schon angegriffene Frau immerhin verderblich werden könne, hervorgerufen würde, geht er dennoch entschieden zu weit und hat sein Verfahren nicht viel Beifall gefunden. Die meisten Geburtshelfer dagegen sind der Ansicht, dass wenn auch die Retention an und für sich nicht in allen Fällen die Atonie und die daraus entstehenden Blutungen hervorrufe, sie doch für die Folge, da der Uterus so wenig Neigung zu kräftigen Contractionen zeigte, die Ursache von erneuten und dann um so lebensgefährlicheren Blutungen werden könne, weshalb man, wenn man schon einmal mit der Hand in der Gebärmutter sei, auch zur Ablösung schreiten müsse.

Wenig hat an diesen Grundsätzen der Crédésche Handgriff geändert, denn hier kommen die wichtigsten Fälle vor, wo er im Stiche lässt, ja wo man es nicht einmal wagen darf ihn in Anwendung zu ziehen. Ich rede natürlich nur von solchen Blutungen, die das Leben der Frau in hohem Grade gefährden, wenn sie nicht schleunig gestillt werden. Bei leichteren Blutflüssen, wie sie so häufig in der Nachgeburtsperiode vorkommen, wo die Kreisende noch vollkommen kräftig ist und nicht darunter gelitten hat — und man weiss ja, was für collossale Mengen Blut Kreisende oft ohne alle Nachtheile verlieren können, besonders wenn es langsam fliesst — da kann man natürlich versuchen durch Reibungen des Fundus, durch Mojon'sche Einspritzungen

und durch andere Mittel die Gebärmutter zur Zusammenziehung zu bringen und sobald dieses gelungen, hinterdrein durch den Crédéschen Handgriff die Placenta heraus zu drücken, was auch in vielen Fällen gelingen wird. Allein sehr oft zeigt die Gebärmutter so wenig Neigung zu Contractionen, dass man sich endlich, obgleich die Frau vom Blutverlust noch nicht erschöpft ist, doch entschliessen muss durch manuelle Wegnahme des Corpus delicti die Atonie zu heben. Gelingt es aber eine energische Zusammenziehung des Uterus und somit Stillung der Blutung zu erzielen, führt aber der mehrmals angewandte Crédésche Handgriff zu keinem Erfolge, so ist eine sofortige Entfernung des Mutterkuchens gerade nicht streng indicirt, allein da Neigungen zu Blutungen einmal vorhanden sind, so ist eine strenge Ueberwachung und die evtl. sofortige ärztliche Hülfeleistung unter diesen Umständen unbedingt erforderlich, wesshalb man in der Privatpraxis, wo jenen beiden Forderungen selten genügt werden kann, sich auch in diesen Fällen zur künstlichen Lösung des Kuchens bequemen wird. Denn wenn auch darnach dem Arzte keine sichere Garantie für das Ausbleiben fernerer Blutungen geboten wird, so wird die Gefahr doch eine bedeutend geringere. Doch das ist noch ein Punkt, über den sich streiten lässt. Man denke sich aber, man wird zu einer Frau gerufen, die nach der Geburt plötzlich eine heftige Blutung bekommen, diese dauert bei der Ankunft des Arztes noch fort, die Kreisende sieht sehr erschöpft und anämisch aus, fällt womöglich von einer Ohnmacht in die andere, man findet beim Betasten des Unterleibes keine Spur von Gebärmutterkugel, wird man sich da noch darauf einlassen durch Reibungen den Uterus zur Contraction zu bringen und so die kostbarste Zeit verlieren? Ich glaube schwerlich! Da gebietet die indicatio vitalis ein energischeres Eingreifen, wenn man das Leben der Frau retten will.

Oder man sieht in einem andern Falle, wo die Placenta ebenfalls noch nicht abgegangen ist, die Frau plötzlich blass werden, das Gesicht verfällt, die Extremitäten werden kühl, der Puls fadenförmig, kaum fühlbar, dabei keine Blutung, aber plötzlich entleert sich bei Druck auf den Unterleib eine grosse Menge Blut, man erkennt eine mit Recht so gefürchtete innere Metrorrhagie, wird man da nicht ebenso verfahren, oder wird man sich durch die vorhandene Strictur des inneren Muttermundes abhalten lassen, selbst mit Anwendung aller Gewalt in den Uterus einzudringen? Gewiss auch nicht und leider sind die Fälle namentlich in der Privatpraxis nicht selten. Schliesslich wird man auch nach schweren geburtshülflichen Operationen, namentlich nach dem Accouchement forcé bei placenta praevia, wenn die Kreisende schon viel Blut vorloren hat und die Blutung nach der Operation wenn auch in ganz geringer Weise fortdauert, die Placenta schleunigst entfernen. Man wird vielleicht noch den Crédéschen Handgriff anwenden können, jedoch ihn höchstens 2 — 3 Mal versuchen nnd im Falle des Misslingens sofort mit der Hand eingehen.

Anknüpfend an die künstlichen Placentalösungen bei Blutungen, will ich noch kurz der inversio uteri, da jene hierbei schwerlich ganz fehlen dürften, erwähnen, Ich wage nicht zu entscheiden, ob man bei totaler Inversion die Placenta vor, oder nach der Reposition lösen soll, da mir kein massgebender Fall zur Disposition steht und die Ansichten darüber sehr getheilt sind.

Scanzoni, Hüter, Dépaul, Busch haben sich eingehend mit dieser Frage beschäftigt und verweise ich daher auf diese Autoren. Ob man nach erfolgter Reposition, wobei man nach dem Rathe von Busch die Placenta nicht entfernt hat, sofort eine Lösung vornehmen oder erst versuchen soll, den Uterus energisch zu Contractionen anzureizen, hängt

wohl wesentlich von dem Grade der vorhandenen Blutung und dem Allgemeinzustande der Kreisenden, der hierbei meist ein wenig erfreulicher ist, ab. Ist letzterer so, dass man fürchten muss, dass die Frau während der Operation sterben könnte, so wäre es natürlich Unrecht, wenn man sie damit noch quälen wollte. Man wird vielmehr alle möglichen Reizmittel anwenden um die Kräfte wieder aufzurichten, die hier oft weniger durch die Blutung, als durch eine nervöse Erschütterung so darnieder liegen; ferner wird man auch desshalb mit der Wegnahme der Placenta nicht so voreilig sein, weil man fürchten muss, dass ein atonischer zur Inversion geneigter Uterus sich nach ihrer Entfernung wieder invertirt. Hierbei könnte vielleicht bei etwaigen profusen Blutungen das Wigand'sche Verfahren mit nachfolgender strenger Ueberwachung von gutem Nutzen sein.

Ich will nur kurz die Ursachen der Blutungen erwähnen. Anzunehmen ist natürlich unter allen Umständen, dass die Placenta entweder ganz oder zum Theil schon gelöst ist, denn wenn sie in ihrer ganzen Ausdehnung unverletzt der Gebärmutterwand adhärirt, so sind die Gefässmündungen durch sie verschlossen und eine Blutung daher nicht denkbar, denn die Blutungen, die nicht von der Placentarstelle herrühren, sondern wie u. a. durch Ruptur des Uterus entstanden sind, lasse ich vollständig bei Seite. Die Hauptbedingung für das Zustandekommen einer Hämorrhagie ist wohl unstreitig die partielle oder totale Atonie der Gebärmutter, das heisst der Zustand, bei dem entweder dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung oder nur am Placentartheile sich so ungenügend zusammenzieht, dass die klaffenden Gefässenden nicht gehörig geschlossen werden. Die Atonie jedoch verdankt ihrerseits verschiedenen Ursachen ihre Entstehung, wesshalb es mir erlaubt sei bei deren Berücksichtigung, so sonderbar es auch klingen mag, von einer primären und einer secundären Atonie der Nachgeburtsperiode zu sprechen. Die erstere hat

gewöhnlich ihren Grund schon in der vorangegangenen Geburt und wir sehen sie daher meist als eine Fortsetzung der dort beobachteten Wehenschwäche auftreten. Der Uterus, der schon bei der Geburt des Kindes seine Functionen nur nothdürftig vollbringen konnte, so dass er schliesslich die Hülfe der Kunst in Anwendung nahm, ist auch nach der Geburt nicht im Stande seine Pflicht zu erfüllen und bleiben seine Contractionen nur höchst mangelhaft. Der adhärirende Mutterkuchen ist gleichfalls ein Hinderniss für seine Zusammenziehung und ohne dass pathologische Adhärenzen vorhanden sind, vermag er sich nicht von ihm loszulösen. Es entstehen schliesslich die oben angedeuteten unangenehme Zufälle und die Kunst wird daher genöthigt der Natur zu Hülfe zu eilen und theils durch Wegnahme des Hindernisses, was freilich unter normalen Verhältnissen keins gewesen wäre, theils durch Anreizung seiner Nerventhätigkeit den Uterus zur energischen Zusammenziehung zu bringen. Ferner bedingt ein abnormer Sitz des Mutterkuchens, wie bei Placenta praevia am Cervix oft eine solche primäre Atonie, da dieser durch den Geburtsverlauf so ausgedehnt wird, dass er hinterher alle seine Contractilität eingebüsst hat.

Demselben Uebelstande begegnet man schliesslich bei präcipitirten Geburten und nach Tetanus uteri, wo man von letzterem sagen kann, dass er sich dermassen über seine Kräfte angestrengt, dass diese für seine letzte Thätigkeit nicht mehr ausreichen.

Anders verhält es sich mit der secundären Atonie. Hier bildet die Placenta selbst, sei es durch ihren Sitz, oder ihre anderweitigen Anomalien das Hinderniss für eine ergiebige Arbeit des Uterus. Dieser ist nach der Geburt des Kindes noch vollständig im Stande sich gehörig zu contrahiren, allein die Schwierigkeiten die er zu überwinden hat, werden für ihn schliesslich zu gross, er erlahmt allmählig dehnt sich entweder ganz oder zum Theil wieder aus, wo-

bei der innere Muttermund oft geschlossen bleibt und so entstehen entweder nach aussen, oder nach innen in die Gebärmutterhöhle die gefährlichsten Blutungen. Dass die Placenta in diesen Fällen allein daran schuld ist, beweisen die Fälle, wo die heftigsten Hämorrhagien nach der Entfernung eines einzigen Cotyledo's sofort standen und nicht mehr wiederkehrten. Der Uterus hat einmal das Bestreben seines Inhaltes sich vollständig zu entledigen und setzt dieses so lange fort, so lange seine Kräfte reichen. Es leuchtet ein, dass eine scharfe Trennung dieser beiden Arten von Atonie in der Praxis nicht leicht ausführbar und eigentlich ohne grossen Werth ist. Sie wird oft gradezu unmöglich, da sich beide Anomalien leicht combiniren können, da neben einer primären Atonie noch die sonstigen Abnormitäten, welche eine Retention der Placen tabedingen, bestehen können. Ja die Fälle sind besonders bei Mehrgebärenden gar nicht so selten; eine genaue Statistik über jene zu liefern ist aber desshalb schwer, weil der Arzt sehr oft erst in der Nachgeburtsperiode zur Stillung der Blutung herbeigerufen wird und da die Entscheidung, welche Momente sie hauptsächlich herbeigeführt, oft schwierig ist, zumal auch bei dem wichtigen Kapitel der Adhärenzen meist das subjective Gefühl massgebend ist und der eine für pathologisch ansieht, was der andere noch oft in den Bereich des Normalen zieht; so will auch ich, der ich mich grösstentheils auf poliklinische, oft sehr ungenau verzeichnete Fälle stützen muss, nur angeben, dass unter obigen 59 Placentalösungen 22 durch Blutungen veranlasst waren, welche nun ihrerseits ihre Ursache in den mannigfachsten Complicationen fanden.

Ich komme nun zum 2. Abschnitte dieser Abtheilung, wann soll man die Placenta lösen, wenn durch ihr Zurückbleiben keine augenblickliche Lebensgefahr bedingt wird?

Es haben sich zwar seit der Einführung des Crédéschen Handgriffes diese Operationen in den Kliniken bedeu-

tend vermindert; so giebt Winckel [1]) einen kleinen Ueberblick aus der Berliner Universitäts-Klinik, wo unter 400 Geburten nur 2 künstliche Lösungen nothwendig waren und ähnliche Resultate liefert auch mein Bericht, wo dieses unter 609 Geburten 6 mal der Fall war. Aber abgesehen von den gen. Resultaten in der Poliklinik, lehren auch schon die 6 klinischen Placentalösungen, von denen nur eine einzige wegen Metrorrhagie gemacht wurde, dass es ausserdem noch Fälle geben kann, wo man von den Crédéschen Handgriff Abstand nehmen muss. Wie soll man da nun verfahren? Soll man da ruhig zuwarten und der oft Wunder wirkenden Natur vertrauen? Soll man sich an die in der Literatur aufgeführten Berichte halten, wo die Nachgeburt wochenlang ohne Nachtheil zurückblieb, dann schliesslich ganz oder in Stücken abging, oder soll man gar an die zweifelhafte Resorption der Placenta glauben, oder schliesslich auf sogenannte Einschachtelung mittelst einer Exsudatschicht hoffen? — Es sind gewiss noch viele tüchtige Geburtshelfer, die auch heute nicht ohne Weiteres der Natur vorgreifen wollen, sondern sich zum Theil noch an die Vorschriften Wigand's holten. Der will, so lange die Kreisende sich in relativem Wohlsein befinde, Wochen ja Monate ruhig abwarten, da oft erst nach dieser Zeit der Mutterkuchen ausgestossen würde. Wird aber, sagt er, (Seite 128) die Kreisende mit jedem Tage, mit jeder Stunde elender sind die Contractionen des Uterus immer noch häufig und schmerzhaft, ohne dass doch die Mutterkugel kleiner und weicher wird, oder die Placenta tiefer herabtritt; ist die Gebärmutter durch das viele innere Gezerre des Mutterkuchens vielleicht äusserlich bei der Belastung schon sehr empfindlich geworden; hat die Kreisende nun schon eine Zeitlang, weder Schlaf, noch Appetit, noch Gemüthsruhe

[1]) Monatsschrift f. G. Band 21.

gehabt; leidet sie vielmehr ganz sichtbar an grosser Angst und Seelenunruhe, an gehindertem Stuhl- (und was bedeutender ist) Urinabgange; hat sie wohl gar schon Fieber, Durst, Kopfschmerz und dergl. was offenbar von einer schon lebhaften Theilnahme des ganzen Organismus an dem örtlichen Leiden der Gebärmutter zeigt; werden die Blutflüsse und Ohnmachten bedeutender und häufiger, indem zu gleicher Zeit die Wehen schwächer und die Gebärmutterkugel wieder weicher und grösser wird; dann ist es Zeit und unumgänglich nöthig, der Natur auf's thätigste beizuspringen und den Mutterkuchen aus der Gebärmutter fortzuschaffen.

Hier geht Wigand entschieden zu weit; abgesehen von allem Uebrigen erschwert er sich durch das lange Zuwarten — denn vor 24 Stunden will er auf keinen Fall operiren — bedeutend die Operation, indem der Cervix fast immer schon so weit zurückgebildet ist, dass er dem Eindringen mit der Hand die grössten Schwierigkeiten bereitet, oder dieses ganz unmöglich macht und dann verbietet eine eingetretene Metritis jede Reizung des Uterus ganz entschieden. Er will freilich, um diese zu vermeiden, nur den gelösten Theil der Placenta, nachdem er ihn 1″ von der Anheftungsstelle durchkniffen, entfernen, den übrigen dagegen zurücklassen, weil er von solchen zurückgebliebenen Placentaresten nie einen schlimmen Ausgang beobachtet haben will. Allein da sprechen doch zu gewichtige Facta dagegen, als dass man ruhig beistimmen könnte. Die Fälle wo Frauen einige Tage nach der Geburt an den heftigsten Blutungen gestorben, oder den perniciösesten Formen des Puerperalfiebers erlegen sind und wo bei der Section als die einzige causa mortis ein zurückgebliebener Cotyledo, der im letzteren Falle meist in Fäulniss übergegangen die Infection herbeigeführt hatte, gefunden wurde, sind so häufig und gewichtig, dass man wohl auf jeden Fall eine Zurücklassung von Placentartheilen vermieden wissen will. Ja

man wird es keinem Arzte verdenken, wenn er den Verdacht hegt, dass die Placenta nicht vollständig entfernt ist, er, um sich Gewissheit und Beruhigung zu verschaffen, mit der Hand in die Gebärmutter behufs der blossen Untersuchung eingeht. Denn jene immerhin seltene Fälle, wo ein längeres Zurückbleiben der Placenta gar keine Nachtheile mit sich geführt, können einen gewissenhaften Arzt nicht dazu bestimmen die Frau obigen Gefahren auszusetzen.

Ein zweiter Grund, weshalb es räthlich erscheint für schnelle Beförderung der Nachgeburt zu sorgen, ist die Rücksicht auf den Seelenzustand der Kreisenden. Wenn man bedenkt, von welchem Einflusse bei diesen psychische Erregungen auf den Verlauf des Wochenbettes sind und es durchaus geboten erscheint, alles, was sie nur im entferntsten aufregen und ängstigen könnte, von ihr fern zu halten, man ferner aber weiss, wie besonders in den gebildeten Ständen viele Frauen durch die Erzählungen von Hebammen und andern Frauen beunruhigt, sich die Gefahren einer Placentarretention auf's schrecklichste ausmalen und nicht eher beruhigt sind, als bis sie von dem Gegenstande ihrer Furcht befreit sind, da dürfte der Arzt, der die Folgen starker Gemüthsaffecte nicht unterschätzen darf, wenn ihn nicht zwingende Gründe abhalten, nicht all zu lange mit der Entfernung der Nachgeburt zaudern. Schliesslich muss man bei Nachgeburtszögerungen stets die Zeit im Auge behalten, wo der Cervix uteri seine Rückbildung beginnt und etwaige Encheiresen nicht über jene hinaus verschieben, weil man sonst auf unüberwindliche Hindernisse treffen könnte. Bei reifen Geburten tritt dieser Vorgang wohl erst zwischen 12—24 Stunden, obwohl einige schon von 6 Stunden sprechen, ein; dagegen bei frühen und unreifen Geburten, wo der Cervix durch die kleine Frucht nicht so sehr gedehnt wird und daher seine Contractitität bald nach der Geburt wieder erhält, findet man oft schon nach wenigen Stunden

die Rückbildung vor sich gehen. Mehrere Geburtshelfer haben ganz bestimmt angegeben, wie lange sie nach der Geburt des Kindes auf die Nachgeburt unthätig warten wollten, so Hohl 1/4 bis 1 Stunde, Scanzoni 5—6 Stunden u. s. w. Ich glaube jedoch, dass es nicht zutreffend sei, sich für alle Fälle an eine bestimmte Regel binden zu wollen, man thut aber gut wenigstens so lange mit der evtl. Operation zu zögern, bis der Uterus wieder deutliche Contractionen zeigt, anderseits dagegen sich von der Involution des Cervix nicht überraschen zu lassen.

Welche sind nun die Complicationen, die wegen der Vergeblichkeit des Crédéschen Handgriffs die künstliche Lösung des Kuchens fordern? — Die Wichtigste ist wohl unstreitig eine abnorme Adchärenz des Kuchens. In neuester Zeit ist darüber ein heftiger Streit entstanden und hat namentlich Crédé bestritten, dass es überhaupt abnorme Adhärenzen geben könne, und ihm sei es gelungen mittelst seines Handgriffes jede zu besiegen. Es ist hier nicht der Ort, mich auf die näheren pathologisch-anatomischen Finessen einzulassen, ich will nur bemerken, dass das Vorkommen von festen, flächenförmigen Verwachsungen des Kuchens, von zugeübten Händen constatirt worden ist, dass ferner strangförmige Adhärenzen, die, wie die anatomische Untersuchung ergab, durch zu Bindegewebe organisirte Gefässthromben vermittelt wurden, so häufig beobachtet sind, als dass in mir ein Zweifel an eine abnorme Festigkeit Platz greifen kann. Dann sprechen Fälle, wie ich ebenfalls einen verzeichnet habe, wo bei manchen Frauen nach sämmtlichen Geburten, ohne dass sonstige Abnormitäten vorlagen, jedesmal die Placenta künstlich gelöst werden musste, unwiderleglich dafür, dass besondere individuelle Verhältnisse eine abnorme Verbindung hervorrufen.

Dass der Crédésche Handgriff nicht alle Adhärenzen zu trennen im Stande ist, beweisen wohl auch zwei in den

Annalen von mir aufgefundene Fälle, wo die Placenta zwar mit seiner Hülfe herausgetrieben war, es sich aber bei ihrer Besichtung herausstellte, dass einige Cotyledonen fehlten, also das Placentarparenchym eher durchrissen war als die Anheftung. Hier blieb natürlich nichts anders übrig, als die zurückgebliebenen Reste noch künstlich zu lösen.

Schliesslich ist die Erfahrung nicht selten gemacht, wo die Placenta zwar in die Vagina hineingetrieben, bei näherer Untersuchung aber an einer kleinen Stelle im Fundus fest verwachsen war und durch alle Expressions-Versuche nicht gelöst wurde. Wenn ich auch zugeben will, dass von den von mir verzeichneten Placentalösungen, wo als Ursache der Retention hinterdrein abnorme Verwachsung constatirt ist, einige voreilig gemacht sind und eine längere Anwendung des Crédéschen Handgriffes doch schliesslich Erfolg gehabt hätte, so glaube ich doch viele unwiderlegliche Beweise dafür vorgefunden zu haben, so dass Crédé kein Recht hat von „sogenannten“ Adärenzen zu reden. Erschwert wird die Ausstossung der Nachgeburt noch dadurch, wenn diese neben einer mehr oder weniger festen Verwachsung eine weiche, oft sogar häutige Beschaffenheit zeigt. Der Uterus mag sich noch so sehr zusammenziehen, so wird die häutige, nachgiebige Placenta anstatt sich von ihm abzulösen, sich leicht seiner Verkleinerung accommodiren und ebenso werden aus leicht zu begreifenden Gründen Expressions-Versuche keinen Erfolg erzielen, wie dieses auch aus der zweiten, nachstehend aufgeführten Geburtsgeschichte zu ersehen ist.

Als ferneres Hinderniss für den Austritt des Mutterkuchens, wurde in früherer Zeit namentlich die Einsperrung desselben bezeichnet und war man auch ziemlich darüber einig, dass sie durch Verschluss des inneren Muttermundes zu Stande käme. Ich habe auch in den poliklinischen Annalen mehrmals angegeben gefunden, dass der Arzt zur Ent-

fernung der Nachgeburt, oder auch zur Stillung der Blutung herbeigerufen wurde und beim Eingehen mit der Hand den inneren Muttermund so verengt fand, dass er nur mit Anwendung aller Gewalt, wenn Gefahr im Verzuge war, oder erst nach Anwendung von Narcoticis diese krampfhafte Strictur überwinden konnte. In einigen Fällen lag die Placenta zum Theil schon in der Vagina und war auch in ihrem untern Theile fast vollständig gelöst, in andern wiederum war sie noch fast in ihrem ganzen Umfange der Uteruswand angeheftet. Ich habe indessen keinen einzigen Fall gefunden, wo gleich nach der Geburt des Kindes bei Anwendung des Crédéschen Handgriffes eine Strictur des inneren Muttermundes den Austritt der Nachgeburt verhindert hätte. Ich muss mich daher zu der Ansicht bekennen, dass diese sämmtliche Stricturen entweder durch versäumte, oder verfehlte Kunsthülfe entstanden sind, und zwar sind in beiden Fällen Reizungen des untern Gebärmutterabschnittes ausgeübt worden. Im ersteren hat die in ihrem untern Abschnitte gelöste und durch die sich verkleinernde Gebärmutter durch den Muttermund hinabgetriebene Placenta auf diesen reizend eingewirkt, zumal wenn sie am Fundus angeheftet länger mit dem Muttermunde in Berührung blieb. Oder die Hebamme hat nach der alten Methode mehrmals versucht die Placenta zu entfernen, etwaige Züge am Nabelstrang mögen auch noch das Ihrige dazu beigetragen haben, kurz und gut es hat sich namentlich durch das häufige Touchiren schliesslich ein vollständiger Krampf ausgebildet. Wie leicht der innere Muttermund gleich nach der Geburt auf Reize reagirt, hat wohl jeder Geburtshelfer der mehrere künstliche Placentalösungen ausgeführt hat, erfahren, indem er wohl gefühlt hat, wie beim Vordringen in die Gebärmutter jener sich wie ein fester Ring um die Finger legte und er erst eine Weile ruhig warten musste, ehe der Krampf nachliess. Wird man zu solch einem Falle gerufen,

so thut man gut zuerst durch Narcotica, am besten durch subcutane Morphiuminjectionen, oder bei sehr reizbaren Personen durch Chloroformnarcose die Strictur zu beseitigen, ehe man sich zur Encheirese, im Falle der Crédésche Handgriff auch jetzt noch erfolglos bleibt, entschliesst. Kann man bei Blutungen so lange nicht warten, so ist es auch gerathen der Operation ein Opium-Klystir, oder eine Morphium-Injection voranzuschicken. Anders verhält es sich mit der sogenannten Einsackung der Nachgeburt. Man war früher der Ansicht, jene entstände dadurch, dass sich nicht der innere Muttermund, sondern ein höher gelegener Theil des Uterus ringförmig abschnüre und so die Nachgeburt einsacke. Wie Riecke [1]) jedoch nachgewiesen hat und wie jetzt auch allgemein angenommen wird, ist dieses nicht der Fall, sondern befindet sich die abgesperrte Placenta entweder ganz oder zum Theil in einer Tubenmündung, und der sie einsackende Ring wird durch die dort vorhandenen Ringfasern, dem sogenannten sphincter tubae, gebildet. Riecke denkt sich das Zustandekommen dieser Abnormität so, dass das Ei beim Durchtritt durch die Tuben vor dem sphincter liegen bliebe und von dort aus in die Uterinhöhle hineinwachse, während die Placenta, die sich noch in der Tubenmündung angefangen hätte zu bilden, dort auch fernerhin zum Theil, oder auch vollständig verbliebe und durch ihr Wachsthum die Tubenmündung zu einer Höhle ausdehne, so dass man selbst von aussen durch die Bauchdecken eine kugelförmige Ausbuchtung fühlen könne, wodurch die älteren Geburtshelfer zu der angegebenen irrigen Ansicht verleitet seien. Treten nun nach der Ausstossung des Kindes die Nachgeburtswehen ein, so ziehen sich auch die Ringfasern an der Tubenmündung ebenfalls zusammen, wodurch der in der Höhle befindliche Theil der Placenta abgeschnürt wird und es ist klar, dass je stärker die Con-

[1]) Riecke über Einsperrung u. Einsackung d. Nachgeb.

tractionen sind, desto weniger der Austritt der Placenta ermöglicht wird. Ich hatte wohl zwei derartige Fälle in den Annalen angedeutet gefunden, indessen wurde wegen Blutung sofort mit der Hand eingegangen und dann erst dieser Befund constatirt. Vor kurzem jedoch ist ein derartiger eklatanter Fall in der hiesigen Klinik beobachtet, wobei sich gezeigt hat, dass hierbei der Crédésche Handgriff erfolglos blieb; da er für diese Abnormität auch sonst charakteristisch, so erlaube ich mir ihn zu veröffentlichen.

Fall I.

M. S. . . 30 Jahr alt, primipara, war nach 7stündiger Geburtsdauer von einem lebenden Mädchen entbunden worden, die Placenta folgte nicht auf den Crédéschen Handgriff und wurde, da der Uterus sich nicht gut contrahirte, 1,0 sec. corn. gegeben, da aber eine Stunde später eine Blutung eintrat, so wurde mittelst Eingehen in den Uterus die Placenta gelöst. Herr Dr. Mekus, der die Operation ausführte, beschreibt dieselbe folgendermassen:

Als ich in rechter Seitenlage der Kreisenden einging (l. Hand), kam ich im Muttermunde, der einen schlaffen Trichter vorstellte, in die Eihäute. Diese umgehend ging ich zwischen Eihäute und vorderen Uteruswand in die Höhe. Am inneren Muttermund schnürte eine feste Contraction die Hand derartig ein, dass ich die Contraction abwarten musste. Jetzt stützte ich mit der rechten Hand den Uterus auf die linke hinauf und kam auch leicht an die Placenta, deren grösster Theil gelösst im Uterus lag. An der Stelle, wo man äusserlich deutlich einen stark prominirenden Tumor im Uterus wahrgenommen hatte, empfing mich ein harter, fest contrahirter Ring, der die vordringenden Finger fest einschnürte. Mit Hülfe der rechten Hand drangen die 2 Finger auch durch diese Strictur in eine weitere Ausdehnuug des cav. uteri, in dem die Placenta dem Uterus noch

durchaus adhärent war. — Die Lösung gelang nicht ohne Schwierigkeit, und wurde durch mehrere Contractionen unterbrochen. Als ich nach entfernter Pl. mir diese Ausbuchtung noch einmal anfühlte, hatte ich ahermals das deutliche Gefühl eines harten Ringes, der jetzt meinen Zeigefinger abschnürte, während die Spitze in dem nun bereits sehr verkleinerten Sacke sich frei bewegte. — Die Ränder dieser Ausbuchtung waren keineswegs dünn, ich konnte keinen Unterschied in der Resistenz mit der Uteruswand wahrnehmen. Der Uterus contrahirte sich auf kalte Einspritzungen und Secale corn. bald vollständig. Blutung trat nicht ein. —

Endlich bleiben mir noch einige vereinzelte Fälle zu erwähnen übrig, wo ganz besondere Zufälligkeiten eine künstliche Entfernung forderten. So kam es einige Male vor, dass die Placenta, die auf den Crédéschen Handgriff nicht gefolgt war, beim Eingehen mit der Hand quer über dem Muttermund liegend gefunden und leicht entfernt wurde, in welchen Fällen sie fast immer mit Callusmassen durchsetzt und überhaupt von fester, derber Beschaffenheit war.

Riecke will dieses Vorkommen in Würtenberg bei Frauen, die viel Wasser tranken, besonders häufig beobachtet haben, weil dieses dort sehr viel Kalk enthalte.

Bei andern Kreisenden war der Crédésche Handgriff manchmal nicht ausführbar, weil die Bauchdecken so dick waren, dass man den Uterus mit dem Finger nicht umspannen konnte; oder man musste desshalb auf seine Anwendung verzichten, weil die Kreisende auf äussern Druck so furchtbar empfindlich war, wesshalb die Placenta daher gleichfalls künstlich gelösst werden musste.

Trotz dieser ganzen Reihe von Fällen behält der Crédésche Handgriff doch seine ungeheuern Vorzüge. Abgesehen davon, dass er ganz ungefährlich ist, wenn er in seiner Anwendung nicht übertrieben wird, muss ihm gewiss das Verdienst zugesprochen werden, dass durch seine sofortige Anwen-

dung nach der Geburt des Kindes, wo er auch entschieden sich am wirksamsten zeigt, vielen Blutungen und andern Anomalien, wie Krampf des inneren Muttermundes vorgebeugt wird und dass man auch gewiss im Stande ist mit seiner Hülfe Adhärenzen leichtern Grades zu trennen. Seit seiner Einführung ist es Usus geworden ihn nach der Ausstossung des Kindes mehrere Male zu versuchen und so bald man keinen Erfolg erzielt, eine kleine Weile zu warten und dann mit der Hand behufs künstlicher Lösung einzugehen, weil man der Meinung ist, dass dann wirkliche Abnormitäten vorhanden sind, die diesen Eingriff fordern. Es ist dagegen auch nichts einzuwenden, wenn der Arzt nur darauf achtet, dass der Uterus deutliche Neigungen zu Contractionen zeigt. Denn es ist ganz gewiss gerechtfertigt, wenn man als strenge Contraindication gegen eine künstliche Placentalösung die totale Atonie des Uterus ohne Vorhandensein von Blutungen aufgestellt hat.

Man muss nämlich bedenken, dass man durch das Abschälen der bis dahin anliegenden Placenta eine grosse Wundfläche mit vielen offenen Gefässen macht und man kann dieses doch nur dann wagen, wenn man voraussetzen darf, dass der Uterus durch kräftige Contractionen diese sofort schliessen wird. Diese Gewissheit hat man bei der vollständig atonischen Gebärmutter, die nicht einmal im Stande ist sich nur von einem kleinen Theil der Placenta los zu lösen, nicht. Wenn man auch durch Reiben der Innenfläche mit der geballten Faust ein höchst energisches Mittel hat, um nach Vollendung der Operation den Uterus zur Thätigkeit anzuregen, so sind doch solche Fälle leider genug festgestellt, wo er darauf nicht mehr reagirte, oder höchstens nur so lange, als die Hand aus ihm noch nicht entfernt war, während nach ihrem Zurückziehen ihr das Blut sofort stromweis nachfolgte. Injectionen von kaltem Wasser oder Eisenchlorid werden zwar die Blutungen in den

meisten Fällen stillen, allein entweder sind die Frauen schon so erschöpft, dass sie gleich darauf an Anämie zu Grunde gehen, oder im Wochenbette den schlimmsten Gefahren entgegen sehen, denn abgesehen davon, dass starke Blutverluste während der Geburt ganz besonders zu Puerperalerkrankungen disponiren, so kommen die meisten Nachblutungen im Wochenbett nach solchen vorangegangenen und künstlich zur Contraction gebrachten Atonien der Gebärmutter vor. Als Beweis, wie leicht nach dem Abschälen des Kuchens der Uterus seiner Pflicht nicht nachkommt, trotzdem die geballte Faust ihn kräftig daran erinnert, obwohl vorher, wenn auch schwache, so doch ganz deutliche Contractionen zu fühlen waren und die Operation gerade nicht contraindicirt war, mag folgender, in der hiesigen Klinik vor einem Jahre, beobachteter Fall, der auch sonst für die Pathologie der Placentarretention manches beachtenswerthe enthält, dienen.

Fall II.

Bei Frau P. 32 Jahr alt, Zweitgebärenden, war wegen rhachitischem Beckens 5 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet und sie nach 36 stündigem Geburtsdauer schliesslich wegen Wehenschwäche mit der Zange von einem lebenden Mädchen entbunden worden. Der Uterus blieb nach der Geburt blasig aufgetrieben, unregelmässig geformt; der Fundus rechts eckig, links kugelig aufgetrieben, wie schon in der ganzen Geburt. Keine Blutung. Crédésche Handgriff wiederholt vergeblich versucht. Die Nabelschnur trat nicht einmal etwas vor; der Uterus wurde nicht ordentlich hart bei den Reibungen. Beim Eingehen mit der Hand fand sich der innere M. M. nicht hochgradig, aber doch so weit sich zusammenziehend, dass er Schwierigkeiten machte, deshalb Abwarten und subcutane Morphiuminjection. Nach 1/4 Stunde war der Expressionsversuch ebenso fruchtlos, des-

halb nochmaliges Eingehen mit der ganzen Hand; der innere M. M. contrahirte sich wieder, wurde aber überwunden. Die Placenta war überall adhärent, und ebenso wie die Uteruswandungen enorm dünn (häutig). Da es nicht gelang mit der Hand zwischen Eihäute und Uterus zu gelangen, wurden die Eihäute durchbohrt und nun die sehr dünn und ausgebreitete Placenta gelöst, was noch durch die grosse Dünnwandigkeit und Schlaffheit des Uterus sehr erschwert wurde. Die Placenta fast besonders rechts und hinten, der Uterus war stellenweise so dünn, dass man durch ihn und die Bauchdecken hindurch die Nägel der innerlich operirenden Finger durchfühlen konnte. Nach Ablösung der Placenta fühlte man innerlich kein Stück mehr an der Innenfläche des Uterus sitzen. Starke Blutung. Innerliche Reibung des Uterus mit geballter Faust half nur zum Theil. Kalte Injectionen in den Uterus. Die Blutung stand, kehrte jedoch nach einigen Minuten nochmals und in heftigem Guss zurück. Nunmehr anhaltend äussere Reibungen, wobei trotzdem der Uterus immer weich, gross und aufgeblasen blieb, ohne jedoch wieder zu bluten. Einige Gramm Secale, Wein mit Wasser, Tinct. Cimamom. Die Wöchnerin hatte wohl $1^1/_2$ bis 2 Pfd. Blut verloren, keine vollständige Ohnmacht war erfolgt, doch Apathie und Ohnmachtsanwandlung. Kein Erbrechen. Nase und Backen waren kühl geworden, Stirn im Gegentheil sehr warm. Radialpuls sehr klein. Der Uterus wurde noch etwa $1^1/_2$ St. mit der Hand überwacht. Die Placenta zeigte sich sehr gross; an einzelnen Stellen wirklich membranös, die Eihäute vollständig.

Die Wöchnerin hatte eine ziemlich heftige Metroperitonitis durchzumachen, die sie aber glücklich überstand.

Als weitere Contraindicationen für die künstliche Placentalösung hat man eingetretene Rückbildung des Cervix, Entzündung der Gebärmutter und starken Collapsus der Kreisenden angegeben. Im letzteren Falle wird natürlich

jeder Arzt sich scheuen eine Sterbende durch eine Operation, die er möglicher Weise an einer Todten vollendet, noch zu peinigen, sondern wird so lange wie möglich suchen die fliehenden Lebensgeister wieder zurückzurufen. Von den beiden ersteren Contraindicationen sagt Hegar mit Recht, dass sie nur dann gelten, wenn die Operation eine schwierige ist und man durch gewaltsames Eindringen durch den verengten Cervix ein Abreissen des Uterus vom Scheidengewölbe riskirt; oder bei Metritis durch Lösung des fest adhärenten Kuchens diese noch zu einer grösseren Höhe steigert; im entgegengesetzten Falle wird man nicht zögern die schon gelöste und leicht zu entfernende Placenta wegzunehmen.

Allein auch bei Beobachtung aller dieser Regel und bei aller manuellen Fertigkeit wird der künstlichen Placentalösung immerhin eine gewisse Gefahrlichkeit nicht abzusprechen sein, wie ich es schon zu wiederholten Malen zu Anfang dieser Arbeit ausgesprochen. Ich will indessen, da diese Gefahren namentlich von den Anhängern des sogn. passiven Verfahrens schon nach allen Seiten hin behandelt und hervorgehoben sind, mich über dieselben nur ganz kurz fassen. Da mir von den poliklinischen Placentalösungen, auf die ich mich hauptsächlich beziehen muss, nur sehr wenige genaue Geburtsgeschichten zur Disposition stehen, so kann ich auch leider keine genaue Statistik über den Verlauf des Wochenbettes liefern, und mich nur darauf beschränken einzelne Data hervorzuheben. Todesfälle sind nach den 59 Lösungen 8 vorgekommen; allein, da bei 2 noch Choleratyphoid, bei 1 Accouchement forcé bei placenta praevia verzeichnet war, bei 1 ferner nach der eine Lösung Inversion eintrat und bei den andern heftige Blutungen vorangegangen waren, so ist natürlich schwer zu entscheiden, wieviele davon auf Rechnung der Operation selbst zu setzen sind.

Uebergehe ich die Fälle, wo Kunstfehler, oder Ungeschicklichkeit des Operateurs bedeutendes Unheil angerichtet

haben, oder wo es selbst den geschicktesten Geburtshelfern passirte, dass sie mit dem Kuchen auch Muskelsubstanz entfernten, oder bei dünnwandigem Uterus denselben perforirten, so können doch nach glücklich ausgeführter Lösung hinterdrein die unangenehmsten Folgen nachkommen, denn der Eingriff ist kein harmloser und der Uterus ist oft empfindlicher, als mancher glauben dürfte. Allgemein sieht man das Eingehen mit der Hand zur Ausführung der Wendung als eine entschieden eingreifende Operation an; allein ich glaube die Encheirese behufs Placentalösung ist es noch in viel höherem Grade, denn dort kommt die Hand mit der Uterinwand nicht direct in Berührung, sondern bleibt fast immer innerhalb der Eihäute, die sich schützend an die Wand anlegen; hier aber arbeitet sie zwischen diesen beiden, kommt, worauf das Hauptaugenmerk zu richten ist mit einer weiten Wundfläche in Berührung, die sie reizt und zur Entzündung disponirt. Ferner ist noch zu berücksichtigen, dass die Gefahr der putriden Infection, von der ja Semmelweis nachgewiesen hat, dass sie leider nur zu oft durch die Aerzte selbst herbeigeführt wird, grösser ist, da eine Wundfläche leichter als eine unverletzte Schleimhaut die Gift einsaugt. Schliesslich muss man noch bedenken, dass durch das Einführen der Hand auch der Eintritt von Luft und somit einerseits an der Placentarstelle desto leichter ein Zersetzungs- und Fäulniss-Prozess und das Entstehen der so häufigen Phlebitis und Periphlebitis mit nachfolgenden Thrombosen und Embolien begünstigt wird, anderseits durch den einfachen Eintritt von Luft in die offenen Uterinenvenen, wie Hr. Professor Olshausen in einem Falle nachgewiesen hat, der sofortige Tod herbeigeführt werden kann. Und so sehen wir auch in der That nach jener Operation alle Formen des Puerperalfiebers von der leichtesten Endrometritis und Metritis bis zu den schwersten, perniciösesten Erkrankungen vorkommen und Unrecht wäre es

sie stets andern Umständen zur Last legen zu wollen. Ja sogar ich bin gezwungen nach den mir vorliegenden und sehr genau verzeichneten 6 klinischen Placentalösnngen anzunehmen, dass die Folgen dieser Operation niemals vollständig ausbleiben, indem bei einer eine tödtliche, dyphtheritische Endometritis, bei einer eine Metroperitonitis beobachtet wurde, während, indem ich einen Cholerafall ausser Acht lasse, bei den 3 übrigen doch eine leichte Endometritis oder wenigstens ein übler Geruch der Lochien durch mehrere Tage angegeben war, im übrigen das Wochenbett freilich ganz normal verlief. Im Allgemeinen steht jedoch die Thatsache fest, dass mit der Schwierigkeit der Operation und dem Grade der ihr vorangegangenen oder sie begleitenden Blutung auch die Gefahren für das Wochenbett entschieden zunehmen und dem entsprechend bei leichten, ohne Vorhandensein von Complicationen ausgeführten Lösungen sehr vermindert sind, so dass sehr oft keine oder nur geringe Nachtheile beobachtef werden.

Endlich will ich noch der Inversion als eines Unfalls, der sich nach künstlichen Placentalösungen, natürlich nur bei grosser Atonie und Dünnwandigkeit der Gebärmutter ereignen kann, Erwähnung thun. Als Erklärung für das Zustandekommen dürfte vielleicht noch dienen, dass beim schnellen Zurückgehen der Hand aus dem Uterus dieser nicht im Stande ist mit seinen Contractionen jener nachzufolgen und daher durch den äussern Luftdruck eingestülpt wird. Indessen sind diese Fälle nicht sehr häufig und habe ich ihn unter obigen 1102 Geburten nur ein mal und zwar mit tödlichem Ausgange durch Verblutung vorgefunden.

Indem ich nun diese Arbeit schliesse, möchte ich mir noch die Bemerkung erlauben, dass so mannigfache Nachtheile auch mit jener Operation verknüpft sind, diese meiner Meinung nach entschieden hinter denen einer längeren

Placentarretention zurückstehen, und dass wohl der Geburtshelfer, der mehr wie jeder andere in Lage kommt zwischen zwei Uebeln das kleinere wählen zu müssen, im Rechte ist, wenn er für schleunige Entfernung der Placenta Sorge trägt, wobei es gewiss dankenswerth ist, dass ihm durch den Crédéschen Handgriff so viele Encheiresen erspart werden.

Lebenslauf.

Ich, Richard Stobbe, bin den 20. Februar 1847 zu Rogallicken in Ostpreussen geboren. Mein Vater ist der dortige Gutsbesitzer und Landschaftsrath Wilhelm Stobbe. Den ersten Unterricht genoss ich in Lötzen und bezog mit dem 9ten Jahre das Gymnasium zu Lyck, das ich Michaeli 1864 mit dem Zeugnisse der Reife verliess, um in Königsberg mich dem Studium der Medicin zu widmen. Nach einem Jahre begab ich mich nach Halle, wo ich nach einem Aufenthalte von 2 Semestern wieder nach Königsberg zurückkehrte und dort noch fernere 2 Semester blieb. Nachdem ich 1 Semester Krankheits halber mein Studium ausgesetzt, besuchte ich im Frühjahr 1868 die Universität Zürich, von wo ich mich nach Würzburg und zu Ostern 1869 nach Halle verfügte, und hier meine Studien vollendete. Das Tentamen physicum bestand ich im März 1867 in Königsberg und das Examen rigorosum im Juli 1869 in Halle. Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und klinischen Vorträge folgender Herrn Professoren und Docenten:

In Königsberg: Leyden, Moser, Müller, Wagner, Werther.

In Halle: Graefe, Köhler, Olshausen, Volkmann sen., Volkmann jun., Th. Weber, Welker.

In Zürich: Biermer, Eberth, Gusserow, Rose.

In Würzburg: v. Bamberger, v. Linhart, v. Scanzoni, v. Troeltsch, v. Franque, Müller, Schmidt, v. Welz.

Allen diesen Herrn sage ich meinen besten Dank, besonders Herrn Prof. Olshausen, der mir das Material der Klinik so bereitwillig zur Disposition stellte und mir auch sonst bei meiner Arbeit seine freundliche Unterstützung lieh.

Nachdem ich nun das Tentamen physicum und Examen rigorosum bestanden habe, hoffe ich durch meine Dissertation und die öffentliche Vertheidigung meiner Thesen die Doctorwürde zu erlangen.

Thesen.

I.

Bei Nachgeburtszögerungen ist die sogenannte active Methode dem sogenannten passiven Verfahren im Ganzen vorzuziehen.

II.

Der Versuch einer Radicalheilung von Flexionen der Gebärmutter vermittelst sogenannter Knickungsinstrumente ist zu widerrathen.

III.

Die Differential-Diagnose zwischen chronisch-katarrhalischer Pneumonie und Tuberculose ist für den praktischen Arzt nur von geringer Bedeutung.

IV.

Ehen zwischen Blutsverwandten haben einen schädlichen Einfluss auf die Nachkommenschaft.